

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



*Sociedad Española de
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:
(No rellenar)

146

AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: VERGARA PÉREZ

Nombre: INÉS

Dirección:

Ciudad: [REDACTED]

C.Postal: [REDACTED]

Provincia: [REDACTED]

Teléfono: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Fax: [REDACTED]

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: ENDARTERITIS POR ROTHIA MUCILAGINOSA RESISTENTE A PENICILINA

Centro de trabajo: Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. Departamento de Pediatría. *Servicio de Pediatría. **Instituto Pediátrico del Corazón: sección de Cardiología Pediátrica. ***Unidad de Lactantes e Inmunodeficiencias.

Autores: *I Vergara Pérez, *S Prieto Martínez, **S Villagrà Albert, ** MA Granados, *I Jiménez López, ***J Ruiz Contreras, ** A. Pérez Martínez.

Texto: Introducción: *Rothia mucilaginosa*, previamente denominada *Stomatococcus mucilaginosus*, *Staphylococcus salivarius* y *Micrococcus mucilaginosus*, es una bacteria coco gram-positiva, inmóvil, encapsulada, no esporulada, de la familia Micrococcaceae, catalasa positiva y coagulasa negativa, considerada como parte de la flora saprofita de la cavidad oral humana. Ha sido descrita como organismo causante de endocarditis en pacientes ADVP o con lesiones valvulares preexistentes, bacteriemias, y peritonitis recurrentes asociadas a catéteres de diálisis peritoneal ambulatoria, así como en pacientes inmunocomprometidos. El patrón del antibiograma es de sensibilidad a la mayoría de los antibióticos ensayados habitualmente frente a cocos grampositivos, incluida penicilina.

Caso clínico: Lactante varón de 10 meses de edad con diagnóstico de Síndrome de Down y ductus arterioso persistente con repercusión hemodinámica, que tras cierre percutáneo parcial del mismo mediante un dispositivo tipo coil, desarrolla un cuadro de anemia hemolítica y síndrome febril con datos clínicos y analíticos compatibles con endarteritis bacteriana, que obliga a su retirada 3 días después de la inserción. Iniciado tratamiento antibiótico empírico con vancomicina y piperacilina-tazobactam, se aísla en el material protésico retirado *Rothia mucilaginosa* resistente a penicilina y TMP/SMX.

Con el diagnóstico de endarteritis bacteriana se mantiene tratamiento con vancomicina i.v. 21 días, y por problemas de accesos venosos, se programa continuación de tratamiento hasta completar 5 semanas con ceftriaxona i.m.

Durante su ingreso, presenta infección gastrointestinal intercurrente, con aislamiento en heces de rotavirus y toxina de *Clostridium difficile* positiva, por lo que recibe tratamiento oral con metronidazol durante 10 días. La evolución posterior ha sido satisfactoria, y actualmente se encuentra pendiente de cierre quirúrgico del ductus.

Discusión: Si bien la mayor parte de las *Rothia mucilaginosa* descritas son sensibles a penicilinas, y éstas siguen considerándose el tratamiento de elección por muchos autores, son cada vez más frecuentes las cepas resistentes como la de nuestro caso. La administración previa de antibióticos betalactámicos no se ha asociado con el posterior aislamiento de cepas resistentes a penicilina. No produce betalactamasas. Actualmente, se describen no sólo casos de resistencia variable a penicilina, sino también a metilicina, aminoglucósidos y cotrimoxazol, por lo que hasta disponer del antibiograma completo, debe considerarse el empleo de otros antibióticos. *Rothia* suele ser sensible a vancomicina, y dada la inicial dificultad para diferenciarla de los estafilococos coagulasa negativos, y ocasionalmente, de los estreptococos del grupo D, ante su sospecha, debe ser considerado su empleo como régimen antibiótico empírico inicial, especialmente, en pacientes inmunodeprimidos.

Los episodios bacteriémicos por *R. mucilaginosa* en pacientes con cardiopatías, portadores de catéteres intravasculares y prótesis cardíacas, se ven favorecidos por sus propiedades de gran adherencia. Al tratarse de cepas capsuladas, su erradicación de bioprótesis cardíacas es difícil, precisando a veces reemplazamiento valvular, como sucedió en nuestro caso.

Conclusiones: 1. Dada la excepcionalidad del caso, especialmente en la edad pediátrica, se presenta una bacteriemia por *Rothia mucilaginosa* asociada a material protésico cardíaco en un niño. 2. Es importante no olvidarse de la posibilidad de infecciones por patógenos poco frecuentes, como el presentado en este trabajo, no sólo por su aparición en pacientes inmunocomprometidos, sino, también, por su papel patogénico emergente en inmunocompetentes, y asociado a materiales protésicos. 3. El patrón variable de resistencias de esta bacteria puede hacer fracasar el tratamiento antibiótico empírico con penicilina, por lo que sugerimos el empleo inicial de vancomicina i.v.

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

Este formato deberá enviarse debidamente cumplimentado como archivo adjunto a la dirección correo electrónico ibercongress@ibercongress.net. **Secretaría Técnica.**